

新竹市 _____ 醫院/診所疫苗損毀事件通報表

發生時間： 年 月 日 時 分	接種單位： _____
接種地點： _____	接種人員：姓名 _____ 職稱 _____
發生人員：姓名 _____ 職稱 _____	衛生所填報人員：所屬衛生所 _____
衛生所填報人員：姓名 _____ 職稱 _____	衛生局審查通報人員：姓名 _____ 職稱 _____
獲知時間： 年 月 日 時 分	通報日期： 年 月 日 時 分

損毀疫苗種類

一	二	三	四
疫苗名稱:	疫苗名稱:	疫苗名稱:	疫苗名稱:
批號:	批號:	批號:	批號:
損毀數量:	損毀數量:	損毀數量:	損毀數量:

發生經過及原因描述

檢討改善措施

接種單位 填表人： _____ 接種單位 主管： _____

衛生所 填表人： _____ 衛生所 主任： _____

衛生局 審查人員： _____ 衛生局 單位主管： _____